

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 68

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

POST-OPÉRATOIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. André CARLIOZ

Né à Thonon-les-Bains (Haute-Savoie), le 9 Décembre 1892



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FENETRIER

3, rue Stella, 3

1922

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

POST-OPÉRATOIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 68

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

POST-OPÉRATOIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. André CARLIOZ

Né à Thonon-les-Bains (Haute-Savoie), le 9 Décembre 1892



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FENETRIER

3, rue Stella, 3

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. HUGOUNENQ
Doyen..... J. LEPINE.
Assesseur..... ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	POLLOSSON (A.).
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS.
Chimie biologique et médicale.....	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND,
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Histologie.....	X.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	LATARJET,
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	BOYON.
Chirurgie opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.	MOURIQUAND,
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	VILLARD,
Thérapeutique	ARLOING (F.).
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P).
	PIC
	MOREAU.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe.....	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie..	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL.
—	Urologie.....	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL,
Botanique	BRETIN.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance....	CHATIN.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT Léon.	THEVENOT Luc.	SARVONAT.	BONNET.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	NOËL, chargé des
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. E. ROLLET, *Président*; M. PATEL, *Assesseur*;
MM. BONNET et SANTY, *Agrégés*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Pieux souvenir.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MA SOEUR

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET
Professeur de la Clinique ophtalmologique
Officier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
de la Faculté de Médecine de Lyon
et de l'Ecole du Service de Santé militaire

Introduction

Quoique l'ophtalmie sympathique ait été d'observation assez rare à la suite des si nombreux traumatismes oculaires observés pendant la guerre, la question de l'ophtalmie sympathique post-traumatique est tout à l'ordre du jour.

Nous n'en voulons comme exemple que les deux thèses récentes de nos camarades, MM. Archer et Noaillac, faites à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, à Lyon, et une récente communication de M. le Professeur Truc, de Montpellier, sur deux nouveaux cas d'ophtalmie sympathique post-traumatique (Société Française d'Ophtalmologie, séance du 8 mai 1922).

Or, à la suite de cette communication, le Professeur Aubaret, de Marseille, a rapporté des cas d'ophtalmie sympathique post-opératoire, et de même M. le Professeur Rollet et M. Terson.

Nous avons l'intention dans cette modeste thèse d'étudier plus spécialement l'ophtalmie sympathique post-opératoire, de voir quelle est sa fréquence, les observations qui en ont été rapportées, son allure clinique, le diagnostic et le traitement qui peuvent lui être appliqués.

Nous remercions ici de tout cœur M. le Professeur

Rollet, qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous le faciliter, ainsi que M. le Docteur Colrat, qui nous a aidé, à l'obligeance de qui nous devons la belle observation I, et le Docteur Tahindjis, auteur du dessin qui l'accompagne.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu sur les causes habituelles de l'Ophtalmie Sympathique

L'ophtalmie sympathique, dont on eut l'intuition et qui commence à être décrite aux ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles, dont un cas probant est cité par Desmours au ^{xix}^e, fut, après avoir été oubliée pendant un certain temps, bien étudiée et définitivement mise au point par Mackensie, qui en fit une relation magistrale et lui a donné le nom qu'elle porte encore. Et dans les années qui suivirent, de nombreux auteurs s'intéressent à la question et en publient des observations.

Par définition, c'est la transmission à l'œil sain ou sympathisé de phénomènes pathologiques généralement inflammatoires qui affectent l'autre œil dit sympathisant, étant entendu que cette contagion se fait par voie interne.

Elle ne semble pas avoir été, en dépit des statistiques anciennes des chirurgiens et des guerres du ^{xix}^e siècle, beaucoup plus fréquente autrefois qu'elle ne l'est aujourd'hui, car de nombreuses lésions décrites sous le nom d'ophtalmie sympathique étaient loin d'être caractéristiques.

Quelles sont donc ses causes habituelles, à quoi est dû cet état pathologique réflexe de l'œil sympathisé ? En général, le processus qui se déroule sur l'œil sympathi-

sant est une irido-cyclite consécutive à une blessure perforante infectée, cette plaie perforante pouvant être le fait non seulement d'un traumatisme quelconque, mais aussi d'une intervention chirurgicale ouvrant le globe de l'œil, ce qui ne veut pas dire que tout œil perforé et infecté donne lieu à une ophtalmie sympathique.

Nous dirons que l'ophtalmie sympathique peut exister dans des cas rares sans qu'il y ait de communication ouverte de l'intérieur du globe oculaire avec le dehors. Archer, dans sa thèse de la Clinique ophtalmologique de Lyon (1922), en signale de consécutives aux ossifications intra-oculaires ; Jacobson a noté l'existence du cysticerque comme cause déterminante. On a signalé aussi des cas d'irido-cyclites graves consécutives à des tumeurs intra-oculaires d'un œil ayant provoqué une irido-cyclite sympathique de l'autre œil ; Niesden, en 1897, en publie un cas consécutif à un sarcome de la choroïde ; le glaucome également a été incriminé.

Les plaies ouvertes de l'œil sont donc le gros facteur étiologique de l'ophtalmie sympathique.

TRAUMATISMES ACCIDENTELS

Avec quelle fréquence peut-on voir se développer des phénomènes sympathiques dans les blessures oculaires ouvertes.

Pendant la guerre, l'ophtalmie sympathique est rare en raison des énucléations préventives, de l'extraction rapide des corps étrangers intra-oculaires ou du recouvrement conjonctival précoce des plaies ciliaires. M. le Docteur V. Morax a relevé, pour la période de 1914

à 1917, 39 cas d'ophtalmie sympathique aux armées, dont 14 cas graves, et, au Centre ophtalmologique de Lari-boisière, un cas sur 6.265 militaires, pendant la même période. Dans les autres centres ophtalmologiques, les cas d'ophtalmie sympathique observés sont aussi rares. A Lyon, pendant le même temps, M. le Professeur Rollet en observait un cas chez un militaire et un cas chez un civil.

En dehors des plaies oculaires de guerre, le plus grand nombre d'observations d'ophtalmie sympathique post-traumatique a été fourni par des plaies accidentelles ouvertes dues à des coups et blessures, volontaires ou non, et aux accidents du travail : coups de bâtons pointus, coups de poinçons, de couteaux, jets de pierre ; éclats de bois, de pierre, grains de meules, paillettes de fer, etc., qui ordinairement se cicatrisent assez rapidement, n'incident pas à une énucléation, et dans lesquelles on peut voir des phénomènes sympathiques se produire dans la suite. Toutefois, dans aucun cas, l'ophtalmie sympathique n'a été observée à la suite d'une contusion.

Signalons, enfin, en passant, que Lebrun en cite un cas consécutif à une morsure de sangsue, et Gunn, un cas à la suite d'une piqûre de mouche.

TRAUMATISMES OPÉRATOIRES

Mais ce que nous voulons étudier, c'est le point de vue spécial de ces ophtalmies sympathiques consécutives à des opérations portant sur l'œil. Tous ceux qui ont eu une activité chirurgicale oculaire un peu étendue ont eu à déplorer quelques cas rares d'irido-cyclites post-opéra-

toires suivis d'ophtalmie sympathique du côté opposé. Les observations que nous avons pu réunir sont assez nombreuses pour montrer que ces ophtalmies sympathiques post-opératoires ne sont pas un mythe, et leur gravité mérite l'attention qu'on semble vouloir y apporter.

A la Clinique ophtalmologique de Lyon, deux cas seulement sont observés sur 8.000 interventions par M. le Professeur Rollet. Dans sa statistique d'ophtalmie sympathique aux armées de 1914 à 1917, le Docteur Moras en relève 3 cas contre 4 par plaies pénétrantes accidentelles. Il semble donc bien que l'ophtalmie sympathique post-opératoire est une rareté et qu'elle le deviendra d'autant plus qu'elle sera mieux connue et, par suite, prévenue par une prophylaxie appropriée et le traitement qu'on pourra lui instituer.

CHAPITRE II

Traumatismes, opérations compliquées d'Ophthalmie sympathique et son époque d'apparition

Quels sont donc les traumatismes opératoires qui semblent le plus souvent entraîner ces phénomènes d'ophtalmie sympathique ?

Peu de temps avant la publication du travail remarquable de Mackensie, Bérard s'exprimait ainsi sur les suites de l'opération de la cataracte (*Annales d'Oculistique*, XI, p. 179) : « L'opération de la cataracte compromet aussi parfois l'œil sain, ainsi mon habile confrère, M. Cloquet, rapporte l'exemple d'un jeune homme qui devint aveugle à la suite de l'opération de la cataracte pratiquée d'un seul côté, parce que la vision ne se rétablit pas de ce côté et que l'œil sain fut pris d'accidents graves qui en amenèrent la fonte purulente. » Nélaton s'exprime sur l'iritis sympathique d'une façon semblable à celle de Mackensie et dit à propos de l'opération de la cataracte : « On prétend qu'il peut résulter de cette opération des accidents tels qu'ils rétentissent sur l'œil sain au point d'en compromettre la vision. » « L'iridodésis, en occasionnant un tiraillement continu de l'iris, doit prédisposer aux accidents sympathiques », écrit Laqueur.

Un cas publié par M. Steffan (*Archives d'Ophthalmologie*, X, 1, p. 128) confirme pour lui cette vue théorique, et il voit là une raison pour laquelle l'iridodésis ne peut obtenir dans la chirurgie oculaire la place qui lui reviendrait au point de vue opératoire. Schneiders a signalé cinq fois la discission comme cause d'ophtalmie sympathique, et Louvet, qui rapporte le fait est d'avis que l'extraction de la cataracte paraît être l'opération oculaire qui la détermine le plus souvent. Pour M. Aubaret également, c'est la cataracte qui particulièrement occasionne l'ophtalmie sympathique.

C'est donc bien à l'extraction de la cataracte que semble revenir ce triste privilège, que le succès immédiat de l'opération ne peut laisser prévoir.

En dehors de l'extraction de la cataracte, les autres opérations ont donné lieu quelquefois à l'ophtalmie sympathique, mais dans tous les cas on rencontre une uvéite de l'œil opéré formant un anneau à la chaîne sympathique ; ainsi l'iridectomie est citée sept fois ; la trépanation de la cornée, une fois ; le tatouage, deux fois ; le drainage du globe, une fois ; l'exéatération de l'œil, une fois.

Peut-être faut-il attribuer au fait de la fréquence des opérations de cataracte vis-à-vis des autres opérations oculaires son rôle primordial dans la détermination des accidents sympathiques.

A quelle date peut-on fixer l'apparition des premiers symptômes de cette complication. Nous notons quarante-cinq jours dans l'observation I de la Clinique ophtalmologique de Lyon, sept semaines dans l'obs. IV de Deutmann, deux mois dans l'obs. VII citée par Louvet, sept

mois dans l'obs. VIII d'Abadie, trois mois dans l'obs. IX de Schirmer, cinq mois dans l'obs. X de Milles, huit mois dans l'obs. XI et neuf semaines dans l'obs. XII du même auteur, quatre mois dans l'obs. XIII de Pechin, cinq mois dans l'obs. XVI de Wagenmann, deux mois dans l'obs. XIX de Morax, quatre mois dans l'obs. XX d'Aubaret, quelques mois dans l'obs. XXI et trois mois dans l'obs. XXII du même auteur. Dans les autres observations, il est assez difficile de préciser la date d'apparition des phénomènes sympathiques, et il semble qu'on peut la fixer du premier au neuvième mois dans la majorité des cas.

CHAPITRE III

Causes et Symptômes de l'Ophtalmie sympathique post-opératoire

Jusqu'à ces dernières années on attribuait l'ophtalmie sympathique post-opératoire à des causes multiples dont on verra des exemples dans certaines des observations que nous citons : enclavement de l'iris et de la capsule dans la plaie opératoire, rétraction de cataracte secondaire, cicatrice dans le ligament pectiné provenant d'une section trop périphérique. Et on pensait que toutes ces causes agissaient mécaniquement par tiraillements exercés sur le corps ciliaire et son irritation successive. Toutes ces hypothèses sont fausses, car tous les jours on voit des enclavements de l'iris sans que l'ophtalmie sympathique s'ensuive, surtout des rétractions de cataracte secondaire. Alors que ces accidents peuvent jouer un rôle adjuvant dans la détermination des accidents sympathiques, comme dans bien des complications opératoires, il faut recourir à l'infection microbienne comme cause déterminante, efficiente, infection qui semble se propager aux espaces méningés péri-optiques par voie vasculaire. Une des principales raisons qui plaident en faveur de l'origine exogène de l'infection est qu'elle survient généralement après l'ouverture de la coque oculaire.

Cette infection se produit-elle au moment de l'opération pour se manifester après une période d'incubation plus ou moins longue, ou bien est-elle secondaire, grâce à un prolapsus irien, ou une interposition tissulaire dans les lèvres de la plaie ? Les deux hypothèses sont plausibles, mais l'aseptie et l'antiseptie rigoureuse doivent éliminer la première condition qui semble expliquer certains cas ayant débuté plus rapidement que dans la majeure partie, attribués par nous à la seconde hypothèse. Cette infection exogène secondaire est d'ailleurs favorisée par toutes les causes qui peuvent entraîner la contamination de la plaie d'abord et ensuite le passage de l'infection à l'intérieur, en particulier une fistulisation souvent très difficile à mettre en évidence.

Cette ophtalmie sympathique post-opératoire se présente sous la forme habituelle :

- 1° Irido-cyclite séreuse ;
- 2° Irido-cyclite plastique.

a) *Forme séreuse.* — Au début, le malade se plaint que les douleurs péri-orbitaires, qui siègent du côté de l'œil opéré et atteint consécutivement d'irido-cyclite, gagnent le côté opposé. L'œil sain devient légèrement rosé, craint la lumière vive, son acuité paraît intacte, mais il y a parésie de l'accommodation, l'iris perd sa motilité et la pupille se montre paresseuse et légèrement dilatée. L'infiltration séreuse se généralise dans tout le tractus uvéal, l'œil révèle une injection périkeratique et l'éclairage oblique montre un fin précipité sur la membrane de Desce-met, qui peut dans les cas intenses envahir la moitié supérieure de la cornée, la face antérieure de l'iris et celle

du cristallin. A un stade plus bénin, on note seulement un dépôt léger sur l'endothélium postérieur de la cornée. L'humeur aqueuse est rarement louche ; le vitré peut participer à l'inflammation et devenir poussiéreux, rendant l'examen ophtalmoscopique difficile. La région ciliaire est douloureuse à la pression et le tonus en général élevé.

Cette forme séreuse est relativement bénigne, moins intense que dans les inflammations d'origine syphilitique, rhumatismale ou blennorragique, mais il faut ajouter qu'elle est rare et souvent le prélude d'une forme plastique.

b) *Forme plastique.* — Elle est beaucoup plus grave en raison des tendances de l'exsudat uvéen à s'organiser et à donner naissance à des synéchies.

Précédée, comme la forme séreuse, d'irritation, elle se manifeste au début par une baisse de la vision et de l'injection ciliaire. Puis surviennent d'autres altérations : cornée dépolie, humeur aqueuse trouble, iris mat et décoloré par suite de l'hyperhémie de ses vaisseaux et de l'exsudation inflammatoire. Des adhérences ne tardent pas à se faire entre le cristallin et le bord pupillaire et l'exsudat en se déposant sur le cristallin peut former une véritable membrane qui obstrue la pupille et rend l'examen ophtalmoscopique impossible. Le vitré est généralement altéré et si l'examen du fond d'œil est possible, il dénote souvent de la papillo-rétinite. La tension oculaire élevée au début baisse généralement ensuite, l'œil s'affaisse, tend à s'atrophier. Les membranes du fond de l'œil participent à l'infection et la vision s'éteint.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Pronostic de l'Ophtalmie sympathique post-opératoire

Le diagnostic de l'ophtalmie sympathique post-opératoire devra être précoce dans les cas où cette fâcheuse complication vient compromettre le résultat quelquefois excellent de l'extraction de la cataracte sénile, car il semble bien que le traitement qui pourra être appliqué n'a un résultat appréciable que dans les cas dont le diagnostic a été tôt fait. Il faudra donc toujours y penser lorsque, quelque temps après l'opération, le malade accusera des troubles sensitifs ou objectifs du côté sain. Si il faut se méfier des troubles d'irritation sympathique tels que la photophobie, le larmolement, l'asthénopie, qui peuvent être simplement névropathiques, fonctionnels, conséquence de l'état mental du sujet opéré qui craint pour son œil sain et souvent se suggestionne, il est bon tout de même de surveiller attentivement le malade, de l'examiner fréquemment de façon à déceler les premiers indices de la sympathie et à intervenir rapidement, s'il est nécessaire.

Les anciens avaient fait des observations cliniques précises sur l'ophtalmie sympathique, mais aujourd'hui

l'appareil à fente de Gullstrand, ainsi que l'a mis en valeur dans sa thèse notre camarade Noaillac, permet d'observer dans tous leurs détails les fins dépôts de l'endothélium postérieur de la cornée, les synéchies postérieures si ténues de l'uvéite chronique, et c'est la cornée qu'on devra examiner minutieusement à la lampe à fente et au microscope cornéen, après toutes les perforations de l'œil de façon à y déceler les premiers symptômes de l'ophtalmie sympathique que sont les lésions quelquefois minimes de l'endothélium postérieur de la cornée. A côté de ces lésions qui semblent être d'origine vasculaire, on pourra en voir de même origine apparaître sous forme de dépôts sur la cristalloïde antérieure ou de poussière dans le vitré. Et ce n'est que dans la suite que surviennent les lésions cliniques irido-ciliaires bien connues.

Le pronostic de l'affection a été jusqu'ici relativement sombre en raison du diagnostic tardif, peut-être moins grave dans la forme séreuse, moins fréquente d'ailleurs, que dans la forme plastique, mais entraînant néanmoins dans la majorité des cas la perte de la vision.

Peut-être les recherches anatomo-pathologiques, bactériologiques et vaccinothérapiques permettront-elles dans l'avenir une prophylaxie certaine de la sympathie dont aujourd'hui seul un diagnostic précoce et un traitement énergique approprié peuvent atténuer le caractère de gravité.

CHAPITRE V

Traitement de l'Ophtalmie sympathique post-opératoire

Au point de vue prophylactique, actuellement il semble que dans tous les cas de cataracte sénile, il sera bon d'éviter le prolapsus irien qui favorise l'infection en pratiquant l'extraction combinée avec l'iridectomie systématique. Dans les cas où une interposition tissulaire primitive ou secondaire, une fistulisation se produiraient, il faudra lutter contre la contamination possible par des pansements occlusifs et des injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène, de cyanure de mercure à 1 0/00.

Certains auteurs ont préconisé le recouvrement par autoplastie conjonctivale, et Alich, dans sa thèse, préconise ce traitement, mais il semble résulter de certaines observations qu'il n'est pas suffisamment efficace pour prévenir seul l'ophtalmie sympathique, et Duverger écrit : le lambeau conjonctival est insuffisant pour protéger contre les infections externes quand la cicatrice fibreuse est imparfaite.

Le diagnostic d'ophtalmie sympathique ayant été porté, il ne faut pas perdre de temps et procéder au plus tôt à l'énucléation de l'œil sympathisant. L'éviscération n'a donné aucun résultat et doit être rejetée.

On associera à cette intervention un traitement énergique par le salicylate de soude à haute dose, qui semble avoir une action favorable, un traitement par injections sous-cutanées de lait, ainsi qu'un traitement mercuriel ou arsenical.

M. Terson a pratiqué un traitement mercuriel, arsenical et salicylé intensif avec injection de térébenthine qu'il a recommandé comme donnant parfois une remarquable amélioration de l'ophtalmie sympathique.

Le traitement appliqué au malade de la Clinique ophtalmologique de Lyon : atropine, injections sous-cutanées de lait et injections intra-musculaires de tartrobismuthate de potasse, semble donner de bons résultats et à préconiser.

Observations

OBSERVATION I (inédite)

(CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LYON)

*Ophthalmie sympathique survenue quarante-cinq jours
après une extraction de cataracte.*

Ch... Jean-Marie, 72 ans, sans profession. Entré le 2 octobre 1922 à la clinique ophtalmologique du professeur Rollet pour cataracte de l'œil droit. Depuis 1918, baisse progressive de la vision de cet œil. L'examen révèle une cataracte complète dure avec bonnes projections et voies lacrymales normales.

5 octobre 1922. — Extraction combinée par le procédé habituel (professeur Rollet). Il s'agit d'une cataracte dure, aucun incident opératoire. Les premiers jours, le malade ne se plaint pas, mais au bout de cinq à six jours, il accuse des douleurs péri-orbitaires droites avec irradiations. La cicatrice d'abord normale, sans pincement, s'est légèrement ectasiée secondairement et on a dû cautériser la petite corne irienne qui s'était produite. On a assisté au développement progressif d'une irido-cyclite torpide avec douleurs particulièrement accusées, injection périkeratique, alternatives d'hypotension et d'hypertension. Le malade a été traité par l'atropine pendant les périodes d'hypotension. Il a reçu, en outre, au début de novembre trois injections de lait.

7 novembre 1922. — Tonus de l'œil droit = 18^{mm} de mercure.

22 novembre 1922. — Le malade signale une diminution considérable de la vision de l'œil gauche qui ne présentait jusque là qu'une cataracte incomplète. Il se plaint en outre de souffrir de cet œil.

A l'examen on note :

VOG, compte difficilement les doigts à un mètre, hypotonie

marquée du globe oculaire, injection périkeratique, douleur très vive à la palpation de la région ciliaire, photophobie très vive, pupille en myosis ne réagissant pas à la lumière, iris tuméfié et trouble.

A l'éclairage latéral à la loupe on n'aperçoit pas de dépôts à la face postérieure de la cornée, mais avec l'éclairage à fente de Gullstrand on voit l'aspect suivant : face antérieure de la cornée normale, dépôts pigmentaires paraissant siéger sur la face postérieure de la cornée. Au niveau de la membrane de Descemet, synéchies postérieures de l'iris avec amas pigmentaires sur la cristalloïde antérieure. Il existe en outre trace d'une synéchie rompue et se traduisant par une masse noirâtre sur la cristalloïde antérieure, située moins périphériquement que les synéchies non rompues. Cataracte en évolution. Le fond d'œil s'éclaire encore, mais on ne peut distinguer les détails du fond.

Enucléation le jour où le diagnostic de sympathie est fait (22 novembre 1922). Après l'enucléation on injecte dans le sommet de l'orbite, tout autour du nerf optique, 2 cmc de Tarbisol — en outre, injection de Tarbisol — De plus atropine et injection sous cutanée de lait.

24 novembre 1922. — Sous l'influence de l'atropine, la pupille se dilate un peu. On pratique un nouvel examen au Gullstrand et l'on constate : absence de Descémétite, présence dans l'épaisseur de la cornée, au devant de la membrane de Descemet, de points brillants. Traces de synéchies postérieures récemment rompues.

8 décembre 1922. — Le malade a été traité par l'atropine, les injections sous cutanées de lait et les injections intramusculaires de tartro-bismuthate de potasse.

Actuellement :

V. OG = 1/20

T. OG = 20^{mm} Hg

L'iris s'est dilaté ; les synéchies postérieures se sont rompues. Mais le malade souffre toujours et l'injection ciliaire persiste.

OBSERVATION II

(IN THÈSE LAQUEUR)

Ophthalmie sympathique consécutive à l'extraction de la cataracte.

Un jeune homme devient aveugle à la suite de l'extraction de la cataracte d'un côté, faite par Cloquet ; la vision ne se

rétablissant pas de ce côté et l'œil sain étant pris d'accidents sympathiques graves qui amenèrent sa fonte purulente.

OBSERVATION III

(IN THÈSE LAQUEUR)

Ophthalmies sympathiques consécutives à l'extraction de la cataracte.

M. Critchett a vu dans deux cas d'extraction de cataracte éclater une irido-cyclite sympathique de l'autre œil. Mais, dans ces deux cas, la guérison de la plaie n'était pas régulière, il s'était formé un prolapsus de l'iris qui causait une irritation prolongée.

OBSERVATION IV

(DEUTSCHMANN IN THÈSE LOUVET)

Ophthalmie sympathique consécutive à la discission d'une cataracte secondaire.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, opérée d'une cataracte secondaire par la discission. Dès le lendemain on constate la production de phénomènes infectieux, notamment une infiltration de la petite plaie cornéenne avec iritis purulente consécutive, trouble du vitré, etc.

Sept semaines plus tard, la malade éprouve de la photophobie de l'autre œil, la vision devient trouble et l'on peut constater à l'ophtalmoscope l'existence d'une névrite optique manifeste. L'énucléation du premier œil fit cesser tous ces symptômes.

OBSERVATION V

(CARLTON ET BAKER)

Ophthalmie sympathique consécutive à l'extraction de la cataracte.

Il s'agit d'un cas d'affection sympathique après extraction de la cataracte. On pratiqua l'énucléation qui montra une irido-cyclite chronique proliférante avec une infiltration de cellules épithéliales.

OBSERVATION VI

(IN THÈSE LOUVET)

Ophthalmie sympathique consécutive à l'extraction de la cataracte.

Il s'agit d'un malade chez qui l'on fit l'extraction de la cataracte des deux côtés. Dans la suite, des phénomènes sympathiques se déclarèrent sur un œil et on pratiqua l'énucléation de l'œil sympathisant.

OBSERVATION VII

(IN THÈSE LOUVET)

Phénomènes sympathiques à la suite de l'extraction d'une cataracte.

Schlösser, âgé de 68 ans, est opéré de la cataracte à droite, avec une perte minime du corps vitré et antiseptie rigoureuse ; le soir, le bandeau était teint de sang et la guérison se fit sans inflammation de la cornée.

Le malade sort au bout d'un mois. Deux mois après, un iritis sympathique se déclarait à gauche avec trouble du corps vitré. On pratiqua l'énucléation de l'œil droit.

OBSERVATION VIII

(ABADIE IN THÈSE D'ALICH)

Ophthalmie sympathique chronique sept mois après une extraction de cataracte.

Opéré de cataracte avec iridectomie en 1903, chez lequel sept mois après l'intervention se développe une irido-cyclite subaiguë avec ophtalmie sympathique chronique de l'autre œil.

La cautérisation d'un petit pertuis cornéen sur la ligne de cicatrice n'amena pas d'amélioration et l'énucléation allait être faite lorsque, sur les conseils de Wecher, il pratiqua avant d'y recourir l'occlusion par autoplastie conjonctivale. L'amélioration fut rapide et l'ophtalmie sympathique guérit, et les deux yeux furent conservés.

OBSERVATION IX

(SCHIRMER IN THÈSE DE DUVERGER)

Retard de cicatrisation. — Irido-cyclite six jours après la fermeture de la chambre antérieure. — Ophthalmie sym- pathique.

Un homme de 51 ans, opéré de cataracte avec petit lambeau et iridectomie en avril, cicatrisé seulement en juin.

Huit jours après les deux yeux sont malades et l'énucléation de l'œil droit est faite ensuite. Le malade devient aveugle.

OBSERVATION X

(MILLES)

Ophthalmie sympathique consécutive à une extraction de cataracte.

Marie W..., 52 ans, extraction de cataracte OD par le procédé de de Graefe modifié, le 25 septembre 1880. Prolapsus irien. Guérison en trois semaines.

La malade est réadmise à l'hôpital le 3 mars 1881. Elle a souffert de l'œil droit depuis sa sortie de l'hôpital et se plaint d'un léger malaise dans l'œil gauche. On constate une kératite ponctuée de l'œil droit et une légère kératite ponctuée de l'œil gauche avec iritis et exsudat pupillaire.

Pendant les deux mois suivants, l'œil droit resta le même, sans que la kératite disparut complètement.

A gauche, l'exsudat lymphatique augmente et remplit la chambre antérieure avec des douleurs intenses dans cet œil.

OBSERVATION XI

(MILLES)

Ophthalmie sympathique consécutive à l'extraction d'une cataracte.

Une femme de 63 ans, opérée le 10 mai 1880 d'une cataracte non mûre de l'œil gauche avec issue de vitré et guérie en trois semaines. On constate, le 31 janvier 1881, une iritis séreuse et une kératite ponctuée de l'œil opéré, tandis que l'œil non opéré présente tous les symptômes d'un début d'infection sympathique. L'iridectomie de l'œil gauche, en mai, rend la vision à peu près normale et une sclérotomie pratiquée en août sur l'œil droit sympathisé n'empêche point la perte de la vue.

OBSERVATION XII

(MILLES)

Ophthalmie sympathique consécutive à l'extraction d'une cataracte.

Après l'extraction d'une cataracte de l'œil gauche compliquée d'enclavement irien, la guérison se fait en trois semaines.

Au bout de neuf semaines, on voit se déclarer une ophtalmie sympathique, sans que l'œil sympathisant présente aucun phénomène de réaction. L'étranglement de l'iris paraissait être la seule cause de l'ophtalmie sympathique.

OBSERVATION XIII

(PÉCHIN)

Irido-choroïdite consécutive à l'opération de la cataracte. — Ophtalmie sympathique quatre mois après. — Cécité par irido-choroïdite atrophiante bilatérale.

24 octobre 1904. — Mme T... se présente à la consultation, ayant été opérée de cataracte de l'œil gauche le 14 juin. Elle a des douleurs dans la région péri-orbitaire gauche peu après l'opération, l'œil n'a pas retrouvé la vision et est devenue aveugle malgré deux interventions opératoires, faites, la première un mois, la deuxième deux mois après.

Le 18 octobre, quatre mois après l'opération de la cataracte, apparaissent les premiers symptômes d'ophtalmie sympathique sur l'œil droit. Il était sain et jouissait d'une bonne vision. Il devient rouge, douloureux, la vision décline et le 24, la vision est réduite à compter des doigts à 20 centimètres.

Traitement : injections sous-conjonctivales des deux yeux avec une solution de cyanure d'hydrargire à 1 pour 1000, salicylate à l'intérieur à haute dose.

26 octobre. — Les douleurs s'accroissent, photophobie, larmoiement, œil droit à peine éclairable, pas de tonus, iris immobile, bord de la paupière supérieure gonflé, conjonctive bulbaire hyperhémée.

29 octobre. — Exacerbation des douleurs dans l'œil droit, céphalée, dépôts sur la Descemet.

Dans les jours qui suivent, l'état reste stationnaire et les douleurs intermittentes, la vision de l'œil droit devient nulle.

OBSERVATION XIV

(HORNÉ EN THÈSE DE DUVERGER)

Ophtalmie sympathique consécutive à une extraction de cataracte.

Dans ce cas, il restait des traces de masses corticales, l'œil s'irrita au bout de quelque temps et il se produisit de la cyclite puis, douze jours après, de l'ophtalmie sympathique.

L'examen anatomique montra qu'il n'y avait pas d'enclavement de l'iris, mais de la capsule exerçant une traction sur la zonule et le corps ciliaire qui avait été ainsi décollé.

OBSERVATION XV

(HORNER IN THÈSE DE DUVERGER)

*Ophthalmie sympathique consécutive à une extraction
de cataracte.*

Il s'agit d'un malade opéré de cataracte et qui, douze jours après, sortit se promener au soleil, une irido-cyclite s'ensuivit et finalement une ophthalmie sympathique. Un pincement de l'iris était résulté de l'extraction de la cataracte.

OBSERVATION XVI

(WAGENMANN IN THÈSE DE DUVERGER)

*Irido-cyclite sympathique cinq mois après une extraction
de cataracte.*

E. D..., 67 ans, se présente, le 11 décembre 1888, pour cataracte droite au début et cataracte gauche incomplètement mûre.

12 décembre. — Extraction du cristallin de l'œil gauche, iridectomie ; la guérison se fit attendre quelques jours, parce que l'angle interne de la plaie bâillait.

Cinq mois après, phtisie de l'œil gauche et irido-cyclite sympathique de l'œil droit. Le malade devient aveugle. L'œil gauche est énuclée, une iridectomie suivie de l'opération de la cataracte de l'œil droit permet la perception lumineuse.

A l'examen au microscope, on reconnaît une disposition fistuleuse entre la Descemet et le tissu cicatriciel ; dans l'angle externe de la cicatrice on trouve des amas de coëcis qui se continuent dans l'épaisseur.

OBSERVATION XVII

(DUPUY-DUTEMPS IN THÈSE DE ALICH)

*Ophthalmie sympathique consécutive à l'extraction
d'une cataracte.*

Mlle X..., 57 ans, est atteinte d'une irido-cyclite plastique tardive après l'extraction de la cataracte. Une ophthalmie sym-

pathique légère s'ensuit. Après une autoplastie conjonctivale, il y a guérison de l'ophtalmie sympathique et disparition définitive de toute inflammation sur l'œil opéré.

OBSERVATION XVIII

(DUPUY-DUTEMPS IN THÈSE DE ALICH)

*Irido-cyclite tardive et ophtalmie sympathique consécutive
à l'extraction de membranelle de l'œil droit.*

M. G..., 58 ans, a présenté une irido-cyclite tardive après l'extraction d'une membranelle de l'œil droit. Il a été traité par une autoplastie conjonctivale et la guérison a suivi. Une irido-cyclite apparaît dans l'œil gauche, peut-être favorisée par un début d'ossification de cet œil.

OBSERVATION XIX

(MORAX)

*Ophtalmie sympathique consécutive à l'extraction
de la cataracte.*

P... Pierre, 70 ans, jardinier, entre à Lariboisière pour opération de cataracte, le 20 novembre 1905.

29 novembre 1905. — Extraction du cristallin de l'œil droit ; incision du limbe avec anneau conjonctival ; petite iridectomie régulière. Extraction sans incident opératoire.

26 janvier 1906. — Deux mois après, douleurs faciales bilatérales de la région temporale et de la joue ; injection péri-kérastique de l'œil gauche ; pupille irrégulière ne se contractant pas à la lumière ; pas d'exsudat dans la pupille, ni dans la chambre antérieure.

27 janvier. — Pupille de l'œil gauche faiblement et irrégulièrement dilatée. On constate à la face postérieure de la cornée des précipités de cyclite contenant beaucoup de pigments. Enucléation de l'œil droit.

31 juillet. — A gauche, sécrétions conjonctivales abondantes ; vive injection de la conjonctive bulbaire ; la pupille est contractée malgré l'atropine. Profond trouble grisâtre sur la cornée de l'œil gauche.

En décembre 1908, cet état persistait.

Pendant l'évolution des lésions sympathiques, le malade était soumis aux traitements préconisés : frictions et injections mercurielles, traitement salicylé.

OBSERVATION XX
(PROFESSEUR AUBARET)

*Ophthalmie sympathique consécutive à l'extraction
d'une cataracte.*

Il s'agissait d'une vieille opérée qui, quelques semaines après l'extraction combinée pratiquée à l'œil droit présenta des poussées d'irido-cyclite, qui diminuèrent sensiblement la vision. Elle devait être opérée de l'œil gauche lorsque environ trois ou quatre mois après l'opération de l'œil droit, cet œil gauche fit des poussées rapprochées d'irido-cyclites plastique qui, lentement, amenèrent la perte et l'atrophie de cet œil. Il n'osa enlever l'œil sympathisant qui conservait seul une vision médiocre, mais appréciable.

OBSERVATION XXI
(PROFESSEUR AUBARET)

*Ophthalmie sympathique (irido-cyclite séreuse) consécutive
à une extraction de cataracte.*

Une femme, anciennement myope, surtout de l'œil gauche où la vision a toujours été faible.

Menacée de cataracte aux deux yeux et la vision étant devenue très faible, la cataracte étant plus avancée à gauche, l'extraction combinée est pratiquée avec succès de ce côté ; la vision de cet œil, autrefois amblyope est même meilleure qu'on aurait pu le supposer. Aussi l'année suivante, la cataracte de l'œil droit étant arrivée à maturité, l'extraction est pratiquée. Les suites opératoires furent d'abord excellentes, puis des crises d'irido-cyclites finissent par compromettre les résultats obtenus à droite. Quelques mois après l'œil gauche s'affaiblit rapidement à la suite d'une poussée d'irido-cyclite séreuse. L'œil droit est énucléé, le salicylate administré à fortes doses, mais des poussées d'irido-cyclites douloureuses compliquent la choroïdite et compromettent définitivement la vision.

OBSERVATION XXII
(PROFESSEUR AUBARET)

Ophthalmie sympathique (iritis exsudative sans grande réaction inflammatoire) consécutive à une extraction de cataracte.

Une dame, opérée en mai 1921 d'une cataracte de l'œil gau-

che, sans incident opératoire, a la vue de l'œil opéré compromise bientôt après par des crises d'irido-cyclites qui provoquent l'occlusion complète de la pupille

Trois mois après, l'œil droit qui présente des menaces de cataracte est atteint d'une poussée minime d'iritis, insidieuse, exsudative sans grande réaction inflammatoire. Une deuxième crise étant survenue, on songe à des phénomènes sympathiques. L'œil gauche est énucléé, le salicylate donné à haute dose et depuis ce moment les crises de l'œil droit semblent avoir disparu.

OBSERVATION XXIII

(TERSON)

Ophthalmie sympathique consécutive à une irido-capsulotomie.

OBSERVATION XXIV

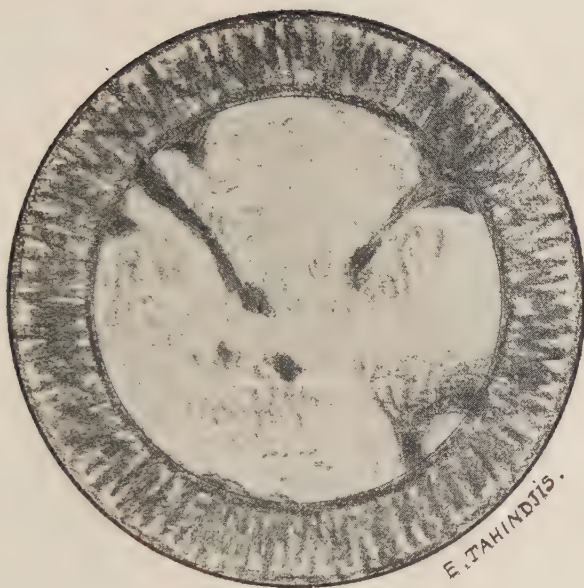
(TERSON)

Ophthalmie sympathique après une opération de la cataracte avec iritis.

OBSERVATION XXV

(JACQUEAU)

Ophthalmie sympathique consécutive à une opération de cataracte.



Ch. Jean-Marie, Observation I

Conclusions

I. — On dénomme sous le terme d'ophtalmie sympathique les accidents infectieux survenant sur un œil alors que l'autre a été antérieurement blessé ou atrophie. Or, l'ophtalmie sympathique peut survenir à la suite d'un traumatisme, soit accidentel, soit, plus rarement, opératoire.

II. — Il a été noté que, parmi les opérations oculaires, c'est spécialement l'extraction de la cataracte qui peut être le point de départ d'une transmission sympathique. C'est ainsi que nous pouvons rapporter un cas récent de cette redoutable complication survenue à la suite d'une extraction combinée de cataracte compliquée de pincement irien.

III. — L'infection microbienne venue du dehors est à l'origine de tout accident sympathique, et il n'y a plus lieu d'incriminer, comme jadis, des causes mécaniques agissant sur le corps ciliaire. De même que chez les anciens opérés de cataracte, on peut observer des iridocyclites, avec ou sans hypopion, tenant à la présence d'une cicatrice ténue, fertilisée, ou d'un enclavement d'une parcelle de tissu irien, de même on peut voir éclater des troubles sympathiques de même nature.

IV. — L'ophtalmie sympathique survenant après l'extraction de la cataracte est heureusement exceptionnelle ; nous n'en trouvons que 2 exemples sur les 8.000 opérés du Professeur Rollet. Nous en avons réuni 24 cas publiés antérieurement.

V. — Cette ophtalmie sympathique éclate généralement de un à neuf mois après l'extraction du cristallin. Elle se présente sous la forme habituelle d'irido-cyclite plastique ou séreuse, dont le pronostic est très grave.

VI. — Au point de vue prophylactique, on évitera le prolapsus irien grâce à l'extraction combinée avec l'iridectomie systématique. Si il y a une interposition tissulaire dans les lèvres de la plaie opératoire, il faut lutter contre toute inoculation tardive à l'aide d'un pansement occlusif et des injections sous-conjonctivales.

VII. — L'ophtalmie sympathique déclarée commande l'énucléation de l'œil sympathisant et un traitement énergique par le novarséno-benzol ou le tartro-bismuthate de potasse.

*Le Président de la Thèse,
Signé : ROLLET.*

Vu : Le Doyen,
Signé : Jean LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Lyon le 27 novembre 1922,

*Le Recteur, Président de l'Université,
Signé : CAVALIER.*

BIBLIOGRAPHIE

- ALICH. — Irido-choroïdite tardive. — *Thèse de Paris*, 1912.
- ARCHER. — De l'ophtalmie sympathique consécutive aux ossifications intra-oculaires. — *Thèse de Lyon*, 1921.
- AUBARET. — *Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1922, p. 200.
- AXENFELD. — *Traité d'Ophtalmologie*. — Steinheil, Paris, 1914.
- BUCHARDI. — Ophtalmie sympathique après l'exéatération de l'œil. — *Thèse de Rostock*, 1917.
- CARLTON ET BAKER. — *Revue générale d'Ophtalmologie*, 1910, t. 29, p. 542.
- CHAILLOUS. — Du traitement de l'ophtalmie sympathique par le Salvarsan et le Néo-Salvarsan. — *Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1913, p. 367.
- DUVERGER C. — Irido-cyclites après opérations de cataractes. — *Thèse de Paris*, 1909.
- GAMA PINTO. — *Encyclopédie de l'Ophtalmologie*, t. V, p. 241 et 262.
- GAGNIEUX. — Résultats éloignés de l'opération de la cataracte. — *Thèse de Lyon*, 1904.
- HIDEUX. — Contribution à l'étude de l'ophtalmie sympathique. — *Thèse de Paris*, 1901-02.
- JACQUEAU. — Trois cas d'ophtalmie sympathique. — *Société d'Ophtalmologie de Lyon*, 1922.
- LAQUEUR L. — Affections sympathiques de l'œil. — *Thèse de Paris*, 1869.
- LOUVET A. — Pathogénie et formes cliniques de l'ophtalmie sympathique. — *Thèse de Paris*, 1889.

- MILLES. — On sympathetic ophthalmia following extraction of cataract. — *Opht. Hosp. Rep.* X, p. 325, 1881.
- MORAX. — Notes cliniques et statistiques sur l'ophtalmie aux armées. — *Annales d'Oculistique*, 1917, p. 705.
- NOAILLAC. — De l'ophtalmie sympathique et de ses signes observés à la lampe à fente de Gullstrand. — *Thèse de Lyon*, 1922.
- PÉCHIN. — *Archives d'Ophtalmologie*, année 1907, p. 571.
- ROLLET. — *Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1922, p. 202.
- TERSON. — *Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1922, p. 202.
- TROUSSEAU. — *Revue générale d'Ophtalmologie*, 1910, t. 29, p. 258.
- TRUC. — *Bulletin de la Société Française d'Ophtalmologie*, 1922, p. 187.
- WEEKERS. — Les enseignements de la guerre au sujet de l'ophtalmie sympathique. — *Annales d'Oculistique*, 1917, p. 196.
-

Imprimerie NOIRCLERC & FÉNÉTRIEB, 3, rue Stella, Lyon.
